|  |  |
| --- | --- |
| **P r i l o g a./ B-2** (o pogodbi o oskrbi)  Nujnost medicinskih naročil | |
| 1. **Osebni podatki oskrbovane osebe** | |
| Ime: | Naslov: |
| Datum rojstva: | E-pošta: |
| Telefonska številka: | Telefaks: |
| 1. **Osebni podatki pogodbenih strank** | |
| * 1. **Naročnik** | |
| * **Oskrbovana oseba** * **Zastopnik v imenu oskrbovane osebe** (npr. zastopnik odrasle osebe, zakoniti zastopnik itd.) * **Druga oseba v korist oskrbovane osebe** (npr. svojec, zaupnik) | |
| Ime: | Datum rojstva: |
| Naslov: | Pri zastopanju dokazilo o pooblastilu za zastopanje/(preventivo), sklep sodišča o skrbništvu (npr. naročilo zastopnika odrasle osebe):  (priložiti je treba kopijo dokaza) |
| Telefonska številka: | E-pošta: |
| Telefaks: |
| * 1. **Izvajalec (storitveno podjetje)** | |
| Ime/podjetje: | Datum rojstva |
| Naslov/sedež: | E-pošta: |
| Telefaks: | Telefonska številka: |
| 1. **Za naslednje dejavnosti je potreben dogovor:**    1. pomoč pri pri oralnem vnosu hrane in tekočine in zdravil;    2. pomoč pri osebni negi;    3. pomoč pri oblačenju in slačenju;    4. pomoč pri uporabi stranišča ali stola za stranišče, vključno s pomočjo pri izmenjavi izdelkov  za inkontinenco;    5. pomoč pri vstajanju iz postelje in polaganju vanjo, posedanju in hoji;    6. o dajanju odmerka zdravil    7. ø nameščanje prevez in povojev    8. o dajanju podkožnega odmerka inzulina in podkožne injekcije antikoagulantnega  zdravila za strjevanje krvi    9. odvzem krvi iz kapilarne žile za določanje ravni sladkorja v krvi z uporabo testnih trakov    10. o preprosta uporaba ogrevanja in razsvetljave    11. o alternativnih posameznih zdravstvenih negah ali medicinskih delih, če so ta na  primerljivi ravni zahtevnosti, pa tudi primerljive z zahtevami zahtevane skrbnosti za prej omenjene dejavnosti. Pri drugih zdravniških ali negovalnih dejavnosti gre za:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Skupno je bilo (pod točko 3.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ označenih dejavnosti. | |
| 1. **Naslednja vprašanja mora pojasniti in izpolniti strokovni zdravstveni delavec (zdravnik ali član službe za zdravstveno nego in nego bolnikov** – **»**kot npr. diplomirana medicinska sestra/diplomiran medicinski brat in negovalec zdravnik« - **v navzočnosti pogodbenih strank** ) | |
| * 1. **Osebni podatki strokovnega zdravstvenega osebja** | |
| Ime strokovnih zdravstvenih delavcev: | Naslov / kraj: |
| Datum rojstva: | Telefonska številka: |
| **4.2 Prenos preprostih negovalnih dejavnosti (v smislu 2. odstavka 3. člena GuKG) na storitveno podjetje:**  Pri naslednjih dejavnostih **so z medicinskega vidika okoliščine, zaradi katerih je za izvedbo storitvenega podjetja potreben dogovor** **z zdravstvenim delavcem** : | |
| K 3.1 pomoči pri pri oralnem vnosu hrane in tekočine in zdravil; | |
| * da | * ne |
| K 3.2. pomoč v pri osebni negi | |
| * da | * ne |
| K 3.3. podpora pri oblačenju in slačenju | |
| * da | * ne |
| K 3.4 pomoč pri uporabi stranišča ali stola za stranišče, vključno s pomočjo pri izmenjavi izdelkov za inkontinenco; | |
| * da | * ne |
| K 3.5. pomoč pri vstajanju iz postelje in polaganju vanjo, posedanju in hoji; | |
| * da | * ne |
| Skupno je bilo z **"da"** označenih \_\_(glejte 4. točko)\_\_\_\_\_\_\_ dejavnosti. | |
| * 1. **Iz točke 4.2 izhajajo zadostne razprave, za katere so potrebni naslednji dogovori:** | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * 1. **Dodeljeni so naslednji dodatni negovalni ukrepi (4. stavek 2. odstavka 14. člena GuKG):**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| * 1. **Trajanje naročila v skladu s točko 4.2 do 4.4:** * omejena do vključno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * neomejeno   **NAPOTEK:**  </bx>Vsekakor se naročilo konča s prenehanjem razmerja oskrbe!Naročilo se lahko kadar koli **pisno prekliče** , če je to potrebno zaradi zagotavljanja kakovosti ali zaradi spremembe zdravstvenega stanja oskrbovane osebe. V utemeljenih primerih, če sta zagotovljena edinstvenost in nedvomnost, se lahko razveljavitev izvede tudi ustno. V teh primerih je treba preklic takoj pisno dokumentirati, vendar najpozneje v 24 urah. | |
| 1. **Prenos dejavnosti v skladu z zdravniškim naročilom na storitveno podjetje (6. odstavek 15. člena GuKG, člen 50b ÄrzteG):** | |
| K 3.6. o dajanju zdravil  K 3.7 ø nameščanje prevez in povojev  K 3.8. o dajanju podkožnega inzulina in podkožne injekcije  antikoagulantna zdravila za strjevanje krvi  O 3.9. odvzem krvi iz kapilarne žile za določanje ravni sladkorja v krvi z uporabo testnih trakov  3.10 o enostavna uporaba ogrevanja in razsvetljave  K 3.11 druga posamezna zdravstvena dejavnost, če ta kaže primerljivo težavnostno stopnjo  kot tudi primerljivo zahtevo za potrebno oskrbo. Pri drugih zdravstvenih dejavnostih gre za:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Skupaj je bilo (glejte 4.6. točko). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ označenih dejavnosti.  **Opomba**: V okviru soodgovornosti za dejavnosti so člani boljše storitve za zdravje in zdravstveno nego upravičeni, v skladu z zdravnikovim naročilom v skladu s predpisi o obsegu po § 15 odstavku od 1 do 4 GuKG prenesejo sledeče dejavnosti v posameznih primerih za podporo podjetju (v smislu § 3 b GuKG) dalje. | |
| * 1. **Iz točke 4.6 izhajajo te zadostne potrebe po razpravi:** | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| * 1. **Trajanje naročila po točkah 4.6 in 4.7** * omejena do vključno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * neomejeno   **NAPOTEK:**  Vsekakor se naročilo konča s prenehanjem razmerja oskrbe! Naročilo se lahko kadar koli **pisno prekliče** , če je to potrebno zaradi zagotavljanja kakovosti ali zaradi spremembe zdravstvenega stanja oskrbovane osebe. V utemeljenih primerih, če sta zagotovljena edinstvenost in nedvomnost, se lahko razveljavitev izvede tudi ustno. V teh primerih je treba preklic takoj pisno dokumentirati, vendar najpozneje v 24 urah. | |
| 1. **Dokazila o formalnih kvalifikacijah in navodila podjetja za oskrbo**   Potrjujemo, da lahko podjetje za oskrbo   * razpolaga s temi **sposobnostmi** ki so potrebne za aktivnost zdravstvene nege za opravljanje preprostih dejavnosti ali so predmet medicinskih nalog, ki se prenašajo **in** * **v potrebnem obsegu** enostavnega konkretnega izvajanja ali se prenašajo v skladu z medicinsko ureditvijo zdravstvene nege dejavnosti **ki jih zdravstveni delavci vodijo in dajejo navodila,** . | |
| 1. **Sporazum o dejavnosti in potrditev odredb** | |
| **Zdravstveno osebje** pojasnjuje, da zgoraj omenjena pojasnila, odredbe, pouk in navodila, natančno, vestno in popolnoma izpolnjuje, poleg tega, vsaka posledica ne medicinskega dogovora, ki izhaja iz spremembe družbe za oskrbo nemudoma pisno ali ustno (slednje s pisnim dokazilom v 24 urah) javiti.  Določeno je, da ima **podjetje za oskrbo v skladu s 6. odstavkom člena 3b Zakona o zdravstvu in zdravstveni negi** **naslednje obveznosti:**   * redno in ustrezno dokumentirati izvedbo naročenih dejavnosti in posredovati to dokumentacijo zdravstvenim delavcem, ki so odgovorni za nego in oskrbo oskrbovane osebe in * pooblaščenim zdravstvenim delavcem posredovati vse informacije, ki bi lahko bile pomembne v zvezi s tem naročilom, zlasti glede sprememb zdravstvenega stanja oskrbovane osebe ali prenehanja dejavnosti oskrbe. | |
| **Podpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (zdravstveni delavci) | **Kraj, datum:** |
| **Opomba:** Družba za oskrbo ima možnost, da zavrne prevzem ali dogovor o oskrbi ali zdravstveni  dejavnosti/storitvi sporazuma (tudi če so te potrebne!). | |
| **Podpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Storitvena podjetja) | **Kraj, datum:** |
|  | |
| **Podpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naročnik) | **Kraj, datum:** |